

第5回明野圏域地域連携検討会 報告

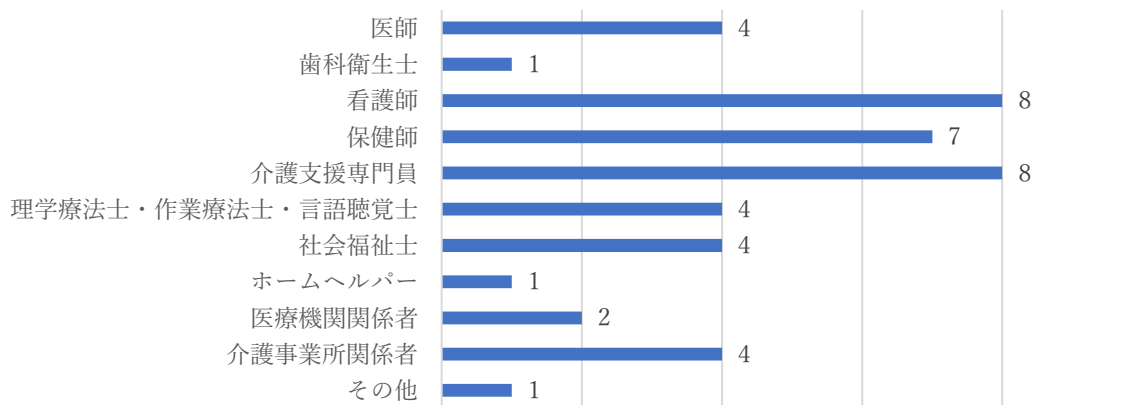
- 1 日時 令和2年1月20日(月) 18:30~20:00
- 2 場所 新日鉄住金 大分人材育成センター攻玉倶楽部 大研修室 参加者44名
- 3 内容 (1) 大分市在宅医療・介護連携推進事業について(大分市連合医師会)
 (2) 明野圏域の現状について(地域包括支援センター)
 (3) (1)「地域包括ケアを実現するための意思決定支援」
 アドバンス・ケア・プランニングの理解を深めるために
 大分豊寿苑訪問看護ステーション 佐々木 真理子 氏

(2)現状紹介

- ①大分豊寿苑訪問看護ステーション 看護師 稲生 野麦 氏
- ②サービス付き高齢者向け住宅アイリスあけの 所長 佐藤 真理 氏
- ③介護保険相談センター月うさぎ 介護支援専門員 多田 由美 氏
- (4) グループワーク 明野圏域の医療・介護連携について
 「アドバンス・ケア・プランニング(ACP)普及の現状と課題」

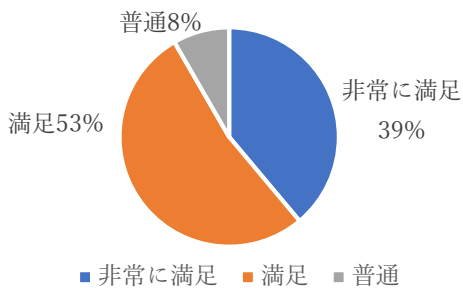
4 参加者数(44名)の内訳

職業別参加人数

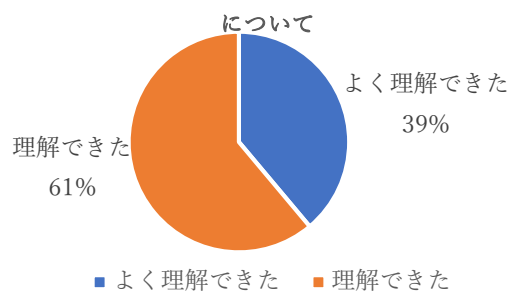


5 アンケート集計結果(回答者37名)

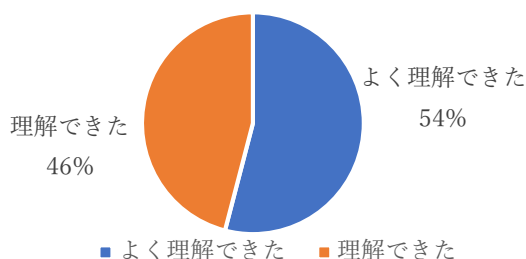
1.本日の検討会について



2.大分市在宅医療・介護連携推進事業について



3.明野圏域について



問1. 本日の地域連携検討会は、いかがでしたか。

- ・知らなかった情報を知るきっかけになりました。(社会福祉士)
- ・様々な職種の方の話を聞くことが普段全くないので、直接意見を交わすことが勉強になりました。(看護師)
- ・業務に携わる中で意思決定、終活、人生会議ということがらの重要性が理解できた。(リハビリ専門職)
- ・専門職の立場での意見が聞けて良かったです。(介護支援専門員)
- ・ACPについて真面目に考えさせられました(介護支援専門員)
- ・色々な意見が聞けた。(介護支援専門員)
- ・多職種の意見が聞けて良かった。デイサービスとしてACPを考えることは、少なかったですが、良いきっかけになりました(介護事業所関係者)
- ・普段なかなか顔を合わせる事のない方たちと直接話が出来て良かった。(医療機関関係者)
- ・色々な立場の方々と、どう感じているかを聞けて良かった。(看護師)
- ・各施設での現状について知る事ができました。自分の業務でできることも考える事が出来て良かったです。(保健師)
- ・全く知らない事も多く、大変勉強になりました。(リハビリ専門職)
- ・人生会議について理解できた。
- ・知っておかなければならないが、なかなか知れない内容であった為、非常に満足。(健康運動指導士)
- ・ケアについてさまざまな意見を聞くことが出来た。(リハビリ専門職)

問2. 問3 円グラフのとおり

問4. グループワークについて

- ・課題がデリケートだったので自分が関わることになると思うと難しいかもしれないと思いました。(社会福祉士)
- ・ACPについて考える機会が少なかったなので、現場でも活かしていきたいと思いました。(作業療法士)
- ・まだまだACPに介入することが難しい現状を知る事ができたと同時に様々な意見を聞くことにより解決する糸口(入り口?)も少し知る事ができた様に思います。(看護師)
- ・とても積極的な意見が多く聞けた。(介護支援専門員)
- ・ACPの入り口に立てた様な気がしました。(介護支援専門員)
- ・専門職の話をもう少し聞きたかった。
- ・いろいろな意見が聞けた。(介護支援専門員)
- ・「ACP」という表現では普及しにくいというのは最もだと思いました。(介護事業所関係者)
- ・時間が短かった。(医師)
- ・ACPを専門職として充分理解していく事が大切。専門職として話し合っただけで立場の違い

- う話し合いができて参考になった。(保健師)
- ・話ができ有意義でした。(看護師)
 - ・ACPは医師が聞くだけでなくケアに関しては介護職が主になって欲しいという意見に同意した。医療ケアの少ない方には介護がメインになるからです。(看護師)
 - ・当院はまだ介護事業に深くかかわっておらず、わからないことも多かったので、いろんな意見が聞けて良かった。(医療機関関係者)
 - ・元気なうちの関わりが大切と感じた。(看護師)
 - ・自分自身の悩みどころの話で勉強になりました。
 - ・今回のテーマのACPについて実際に携わることがないため携わる方々に話を聞けて大変勉強になりました。(保健師)
 - ・他職種の方のお話が聞けて良かったです。(リハビリ専門職)
 - ・終活について考えるきっかけになったので非常に良かった。(リハビリ専門職)

問5. 医療・介護連携について知りたいこと、学びたい内容について

- ・特にありません。勉強になりました。(介護事業所関係者)
- ・CMC(コントロールマインドケア)訪問看護師さんが教えてくれました。(社会福祉士)
- ・人生会議や、人生会議前の支援者会議の運営方法。どのように話し合いを進めたら良いかなど。(看護師)
- ・まだ何も分かっていないので、全てが勉強になります。(リハビリ専門職)

問6. 今後、顔の見える連携を行っていくにはどのような方法が良いと思いますか。

- ・事例検討会などがあると良いと思いました。(リハビリ専門職)
- ・今回のように様々な方と話すことが大切なのでさらに話が深められる様にもう少し時間の余裕があれば良いと思いました。(看護師)
- ・お互いの仕事が見える連携を作っていきたい。(医師)
- ・検討会、たくさんしましょう。(医師)
- ・こんな会議で良いと思います。エンディングノートを活用した経験などを聞きたい。(看護師)
- ・今日の形式で良かったと思います。(リハビリ専門職)

6 グループワーク協議内容

(1) 1グループ

○ACP の話し合いが出来ている事業所なのか？

- ・延命治療をするか否かは確認している。
- ・必ず話し合っていない。ケースバイケース、看取り段階でやることが多い。
- ・ドクターが確認する。
- ・家族・本人、家へ帰りたい。
家族で考えが一致しないケースあり。
本人と家族で、家族内で考えは揺れ動く。
- ・元気な時から話し合う社会環境をつくるべきでは？
- ・信頼関係をつくるのに時間がかかる。
- ・ACP 家族が一番大事 家族の心構え
- ・年を取った時、75 歳過ぎたらいつどうなるか分からない。
- ・話し合い、家族だけでは絶対無理 ソーシャルワーカー、地域包括支援センター
→コーディネーターが必要、話をするように持っていく。
- ・日本人の平均寿命からして（男性 81 歳、女性 86 歳）いつかは死ぬ。
エンディングノートを書くような社会が来る。
- ・遠方に住んでいる長男を参加させて皆で話し合う事「なぜ病院に連れて行かなかったか」と必ず言う。よく話し合っほしい。
- ・いつまでも元気という訳にはいかない。人は必ず死ぬという事を「自覚、覚悟」しておく。”輪ゴム“のように手を取ると…もとには戻らない。
- ・生きているうちに何をしたいのかも大事。最後の時のことじゃない。
- ・かかりつけ医
病院に全くかかっていない人もいるし…。主治医が関わる必要あり。
- ・人生会議
ダイレクトに死のこと、死の準備のことを聞くのがはばかれるならば、本人から昔話を聞くとところから始めるといったアプローチがあるのではないか？
- ・死・生についての意識、考え方を必要あり。

死生観

- ・死は忌避するものタブー視しない。
- ・誰もが必ず死ぬという当たり前のことを考えておく。
- ・他人事ではなく。

(2) 2グループ

・医師

(内科) どこまで治療しますか？

- ↳ 昔は（家族に対して）押し付けみたいなものだったが
- ↳ 今は療養型病棟専属の看護師が
マニュアルがあり ACP15～30 分で済むが例外はある。
決定が下せない場合→医師が助言をすることもある。

昨今 家族の方もよく分かっているが、元気なうちに ACP 行っていることが少ない。
「終活」の中の1つに「ACP」というものをおいたら一般の人でもわかりやすいのでは？

急性期 —————▶ 入院時

①.今後の話 → ②.①の話の確認。

「今後」関連の書類そろっている。

「終活」という言葉の方がしっくりくる。

ACP…何か特別な会議のようなイメージが…。

家族「うちのおばあちゃんまだ元気なので、まだしなくていいでしょ」
口に出しづらい部分を引き出す。

看護師

80～90 代の心不全の患者

↳ 「自分が死ぬ時のことを考えたことがなかった」

↳ 自分で決めるのではなく、同居家族。少しずつ話していく。

T 介護支援専門員の父&祖父は「エンディングノート」作っていた。

認知症があっても変わっても、その時のその人の気持ちを♡

脳死、認知症等と一緒に国のトピックスとして扱ってほしい。

(3) 3グループ

・ 医師

もしもではない→みんな必ずくるもの。

要介護 5～10 年以内に亡くなる

ACP は全て医師がまとめるのと思っていたが考え方を変えた。

どんな医療とケアを受けたいかと厚労省ホームページにある。

↳ 介護職

ACP の大体はケア ←———— 医療ではどうにもならないため、

実はケアが大切 人は皆亡くなるため ACP を行う

・ 困るのは話せなくなってから決めなければならない事が多い。

・ どの辺りで話をするか

↳ 人による、あまり前もって決めるのはイメージが出来ていない。

どこで死にたいか程度のことを話しておくことは良いけど…。

・ ACP がもっと広がること、あたり前になること、家族の意識が変わること。

↳ なにか話しにくさがあるため。

・ クリニックでは…・訪問に入る前に一旦話し合っておく。話し合いの場をつくるようにしている。

・ 家族で話し合っておくよう声かけ。

・ ターニングポイントがきた時に支援している。

・ 連携を持つ。

・ 施設の人にも少しずつ浸透してきた。

・ 緊急時の対応と看取りについて、大きくこの2つを話し合う。

・ 医療と介護が連携をとりながら。

・ 本人が誰を頼りにしているのか。

- ・(例)医師が前に出ない看取り…老衰、認知症で食べなくなった人。
- ・包括支援センターにあるエンディングノート
 - ↳いきなり出すと失礼か、タイミングを見計らっている。
- ・ACPと遺言は違う。

課題

- ・独居、家族がいる家庭で違う。独居の人の方がリアルに考えているのでは…。
- ・介護支援専門員としてパターンリズムに陥らないように支援すること。
- ・包括として地域の人にサロン等で広めていくこと。

(4) 4グループ

医師

- ・予後を病院で決定しているケース→ACP に関しての話し難しい。
- ・どこがターニングポイントか分からないケースがある（非がん患者）
本人が認知症でない場合、ターニングポイント難しい。
本人への話の切り出し方難しい。

↓

訪問診療が入ってくると ACP に関しての話が出来る場合多い。

なかなか元気な方に死生観の話はできない。「朝、呼吸が止まっていたらどうするか」と家族に問う。

- ・その人の価値観を知るためには介護支援専門員の力が必要。
- ・人生会議に関して「必ず聞くべきこと」という認識があれば、聞きやすい。
- ・本人の意向「元気になって自宅ですごしたい」という方は多い
その先はどうする？その先の状況を把握することが難しい。

看護師

- ・本人との関り→記録にしっかり残しておくことが大切。
本人とどのようなことを話したか、どんな話をしてきたか。
記録に残すことが課題。
- ・本人の思いと家族の思いが異なるケース難しい。
情報共有の仕方、難しい。

老健

- ・ケアプランにおいて、本人の思い、家族の思いを確認するようにしている。
なるべく聞ける機会にしっかり本人の思いを聞くようにしている。
- ・本人・家族と話す機会を設けるようにしている。月1回集まる（入所して3か月）。

包括

- ・元気な高齢者多い→人生会議ノート等みせるも「心配ない」という声多い。

(5) 5グループ

1.ACPの必要性を感じたことがあるか？

- ①健康運動指導士：ACP 対象者と直接かかわることはない。
- ②介護支援専門員：30/40 名は施設に入っている。入所時に施設側と既に話している。
10名は在宅で、まだ
- ③介護支援専門員：40名が在宅、ターミナル支援時、流れでやっていたが、節目で話し合えていけば…。

④訪問看護師 : 常に、支援者全員で話し合うべきかというのは考えている。

2. ACP を行う上での課題 (現状)

①介護支援専門員: 家族でも“亡くなる”ということを認めたくない人がいる。関りが難しい。

介入のターニングポイントが分からない。(在宅)

②訪問看護師 : 治療効果が得られないという時点がある、そこでの介入がポイント。医師や看護師、特に医師がその見通しをふまえて介入していくべきでは。

3. 振り返りの機会

①担当者会議で行うのが良いだろうが、支援者の共通した目的理解が必要だろう。

(医師、訪問看護師、介護支援専門員…)

②振り返り時、焦点を1点に絞って行っている。

4. ACP には段階がある。段階に応じた支援者がいる。

普及が課題であろうがどう考えるか。

①ACP を行う上で、本人に対しては、人生会議とは、

どう生きたいか、どうしていくか、その意思をサポートすることですよ。

と伝える。(看護師)

↳人生のプロデュース

②短期目標に焦点が行きがちだった。

5. 話を聞いての感想。

①予防的に関わる職種のため早い段階で人生会議の必要性について、伝えていくのが必要だろう。(若い、健康な人)

↓
その方法として何が考えられるか。

①健診で伝える。(受診者の将来+受診者の親などのこととして)

(会社内の)

②市民健診やふれあいサロンで健康な高齢者に伝えられる。

③居宅、人生会議を迎える人に直接おこなっていく。

④ACA の認知度が高まることで、専門職の ACP の深い理解も必要だろう。

(6) 6グループ

グループホームの事例

・看取り、元気なうちに会ってほしい。

病院

・人生最終段階…ガイドラインを基本に意向を聞くための用紙をつくっている。

・身寄りのない人、意識のない人→関係者で話し合い推定意志を文書化。

居宅

・他職種で進めていった。

リハビリ

・最終段階まで関わるケースが少ない。

介護支援専門員にコミュニケーションの中で知りえた情報を伝えることで、患者を理解する材料となる。

いつするの？

・最後に特定しない。

- ・いま流行の終活ノートを活用。

どうしたいか！（最後の）意思表示をすることを当たり前にする。

(7) 7グループ

<ACP の取組みを行っているか？>

看護師

- ・医師が患者と家族と話をし、話ができる時は医師より確認（インフォームドコンセント時）看護師より聞くことはない。

医療ソーシャルワーカー

- ・整形の患者が多いので、退院する人が多い。
- ・今後のカンファレンスで目先のことをどうしたいかを確認している。

作業療法士

- ・在宅に戻ることが目標に支援をしている。
- ・ターニングポイントにおかれている方が少ない。
- ・退所した先の生活は話をするが、終末期の話のまではいかない事が多い。

保健所

- ・ACP の普及・啓発をしていき、多くの方に知ってもらいたい。

施設所長

- ・看取りはできない施設→いよいよの時は次の施設先を見つける。
ACP については知らない方も多いため。

<話を聞いての感想・取り組みたいこと>

看護師

- ・医師より本人に今後のこと確認をしていった後に家族にもどうしたいかを確認し話し合いの機会を設けて今後のことについて決めていく。
朝カンファレンス時に医師より情報提供あり、看護師は医師の横で話を聞き、その後看護師ができることを考えて支援ができたらと思っている。

医療ソーシャルワーカー

- ・デリケートな問題であるため、1人では取りくみにくい。

作業療法士

- ・患者と家族より話があった時は、意思表示の重要性は感じているが家族で話をしている人が少ないため、医療者が発信していくことが必要。

施設所長

- ・ACP はネガティブの印象あり。本人や家族もそう思っていると思う。
そういった話ができるようになるために今は何ができるのかを考えて、信頼関係を大事に支援していきたい。
これから施設でどういう生活をしていきたいかの聞き取りはしているので、そこを窓口として深い所まで話をしていけたらと思う。
間違った情報が広まっていることもあり。

もしもの時に役立つノート（大分市）活用

- ↳自分で考える。